Aus der Universitäts-Frauenklinik Berlin
Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Stöckel

Wehenschwächen und ihre Komplikationen

Ein Vergleich der Jahre 1912/13 und 1930/31

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

vorgelegt von

Wilhelm Wenzel

Dortmund

Tag der Promotion: 13. Mai 1936

Jena 1936

Universitäts-Buchdruckerei G. Neuenhahn, G. m. b. H., Jena

126

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Prof. Dr. Magnus
Referent: Prof. Dr. K. F. Schultze
Korreferent: Geheimrat Prof. Dr. Stöckel

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Disposition.

A. I. Welche Gründe führten zum Vergleich.
II. Was ist eine Wehenschwäche.
III. Ursachen der Wehenschwächen.
IV. Angaben über Auswahl des vorliegenden Materials.

B. I. Allgemeine Übersicht der Jahre 1912/13 und 1930/31.
II. Komplikationen bei Geburten mit Wehenschwäche.
a) Vor- und frühzeitiger Blasensprung.
b) Fieber unter der Geburt und im Wochenbett.
c) Mütterliche Mortalität.
d) Kindliche Mortalität.
e) Operationsfrequenz und Operationsarten.

C. Zusammenfassung.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535701_0022

A. I. Welche Gründe führten zum Vergleich.

In den letzten Jahren wurde in vielen Frauenkliniken und geburtshilflichen Abteilungen der größeren Krankenhäuser die Feststellung gemacht, daß eine Zunahme der Wehenschwächen aufgetreten war. Hierbei fiel besonders auf, daß die durch Wehenschwäche komplizierten Geburten in ihren Folgen gegenüber der Vorkriegszeit einen schwereren Verlauf sowohl für die Mutter als auch für das Kind zeigten.

Es lag daher nahe, durch einen Vergleich der Vor- und Nachkriegszeit an Hand einer großen Geburtenzahl einmal festzustellen, ob tatsächlich eine Vermehrung sowie eine größere „Bösartigkeit" der Wehenschwächen aufgetreten war, und weiterhin durch diesen Vergleich den Ursachen hierfür näherzukommen.

II. Was ist eine Wehenschwäche.

Bei der Durchführung des Vergleiches, insbesondere im Hinblick auf die Auswirkungen der Wehenschwächen für Mutter und Kind, ist Klarheit darüber notwendig, wann eine Wehentätigkeit für den Geburtsfortschritt als nicht ausreichend angesprochen werden muß.

Nach der üblichen Einteilung spricht man von zu schwachen, zu seltenen und zu kurzen Wehen als Begriff der Wehenschwäche. Im Verlauf der Geburt betrachtet, kann eine primäre Wehenschwäche, bei der die Wehentätigkeit schon von Beginn der Geburt an unzureichend ist, sowie eine sekundäre Wehenschwäche, bei der die Wehen in der Austreibung zu schwach sind oder nicht genügend verarbeitet werden, bestehen. Als dritte könnte man noch eine über den ganzen Geburtsverlauf sich erstreckende Wehenschwäche anführen. Die letztere stellt an den Geburtshelfer die größten therapeutischen Anforderungen.

III. Ursachen der Wehenschwächen.

Während man für die sekundäre Wehenschwäche die Ursache in einer Erschlaffung der Muskulatur, insbesondere der des Uterus und der Bauchpresse, zu sehen hat, ist eine ursächliche Erklärung der primären Wehenschwäche bis in das Letzte noch

nicht gegeben. Nach *Guggisberg* sind folgende Ursachen für das Bestehen einer primären Wehenschwäche verantwortlich zu machen:

1. Das Fehlen von geburtsauslösenden (sensibilisierenden) Stoffen, die den Schwellenwert für die Erregung des Uterus übersteigen, und weiterhin das Fehlen von geburtsfördernden Stoffen sowie mangelhafter Reaktion auf dieselben. Sie sind das Produkt bestimmter Stoffwechselvorgänge, die in der Placenta und anderen innersekretorischen Organen sich bilden. Übersteigt ihre Menge ein bestimmtes Maß, dann wird der Uterus erregt, die Geburt kommt in Gang. Dazu kommt noch die Änderung bestimmter Ionen-Konzentrationen des Blutes Gravider. Als Beweis für diese Tatsache sind die Wehenschwächen bei Hypothyreosen, Diabetikern, Adipösen und Infantilen anzuführen.

2. Für den wichtigsten ätiologischen Faktor hält *Guggisberg* einen bestehenden Schwächezustand der Uterusmuskulatur angeborener, erworbener oder funktioneller Art.

Unter den angeborenen Störungen spielt der Infantilismus die Hauptrolle. Handelt es sich um einen generellen Infantilismus, ist nicht nur der Uterus für die Wehenschwäche verantwortlich zu machen. Die allgemeine körperliche Asthenie, die sich auf zahlreiche Organe erstreckt, insbesondere auch häufig auf die Drüsen mit innerer Sekretion und auf die quergestreifte Muskulatur, bedingt eine Erschwerung des gesamten Geburtsvorganges. Bei Beschränkung der Wachstumsstörungen allein auf den Uterus tritt die hochgradigste Störung bei der ersten Geburt auf. Bei späteren Geburten kann die Wehentätigkeit vollständig normal verlaufen.

Bei den erworbenen Veränderungen spielen subakute Entzündungen des Uterus eine große Rolle, wie sie besonders als Folge gonorrhoischer Prozesse auftreten.

Inwieweit neben diesen anatomisch begründeten Formen der uterinen Wehenschwäche rein funktionelle Störungen der Uterusmuskulatur zu Störungen Veranlassung geben, ist nicht entschieden. Bekannt ist, daß Ernährungsstörungen, konstitutionelle Schwäche, Erschöpfung mitunter die Leistungsfähigkeit der Gebärmutter herabsetzen.

3. Kommen als auslösende Ursachen tiefgehende psychische Konflikte in Betracht, die zentral oder reflektorisch Hemmungen auf die Wehentätigkeit ausüben. Es ist bekannt, daß z. B. die Abwesenheit des Arztes oder Ehemannes die Wehen in günstigem oder ungünstigem Sinne beeinflussen können. Weiterhin treten reflektorische Hemmungen bei plötzlicher intensiver Schmerzempfindung auf.

4. Die ungenügende Erregung der geburtsfördernden Innervationszentren. Diese Art von Wehenschwächen treten auf bei Blasenmolen, Placenta praevia, bei frühzeitigem Blasensprung, wenn der Kopf noch nicht an die Stelle der Blase tritt und somit kein genügender Reiz der Innervationsorgane vorhanden ist, wie dies bei Fuß-, Steiß- und Querlagen sowie Beckenanomalien der Fall ist.

IV.

Bei meinem Vergleiche habe ich als Grenze der Geburtsdauer 10 Stunden nach Blasensprung für Mehrgebärende, 20 Stunden nach Blasensprung für Erstgebärende angenommen. Es ist beim Aussuchen des Materials oft schwierig festzustellen, ob in dem einen oder anderen Fall eine Wehenschwäche vorliegt oder nicht. Bei einer Zusammenstellung greift *Schwalm* deshalb nur die einwandfreien schweren Wehenschwächen heraus, um ein klares Bild zu erhalten. Da aber bei einem Vergleich der Vor- und Nachkriegszeit diese Fehlerquelle beiden zur Last fällt, wird sich bei der prozentualen Berechnung trotzdem ein einwandfreies Bild ergeben.

Um eine deutliche Übersicht von den Folgen einer Geburt, die durch Wehenschwäche kompliziert ist, zu erhalten, sind nur klinische Fälle berücksichtigt, die keine anatomische Grundlage für den anormalen Geburtsverlauf erkennen ließen. Trotz bestehender Wehenschwäche sind enge Becken, Falschlagen, Mehrlingsgeburten und Frühgeburten in meiner Zusammenstellung nicht aufgenommen worden. Es war deshalb auch nötig, eine Einteilung in Mehr- und Erstgebärende sowie eine Einteilung in Altersgruppen vorzunehmen. Bei auf diese Art ausgesuchten Wehenschwächen wurden Feststellungen über die Art der Komplikationen getroffen. Außer dem vor- und frühzeitigen Blasensprung interessieren vor allen Dingen neben der mütterlichen die kindliche Mortalität, weiterhin das Auftreten von Fieber unter der Geburt und im Wochenbett und zuletzt die Operationsfrequenz und -art. Um alle Momente, die beim Auftreten von Wehenschwächen in Betracht kommen, heranzuziehen, wurde das Geburtsgewicht und das Geschlecht der Kinder bestimmt.

B. I. Allgemeine Übersicht der Jahre 1912/13 und 1930/31.

Bei einem allgemeinen Überblick, wie sie die beiden folgenden Tabellen für die Jahre 1912/13 und 1930/31 bieten, fällt sofort die Zunahme der Wehenschwächen in der Nachkriegszeit auf. Trotz Berücksichtigung der Zunahme der Klinikgeburten in den Jahren 1930/31 ergibt sich noch eine Zunahme der Wehenschwäche von 44%.

1912/13.

Alter	Gesamtgeburtenzahl	Wehenschwächen			%
		I. para	Mehrpara	Gesamt	
15—19	558	6	1	7	1,5
20—24	1714	28	2	30	1,5
25—29	945	17	11	28	3
30—34	469	15	14	29	6
35—39	241	9	5	14	6
40—45	94	4	6	10	10
	4021	79	39	118	= 2,9

1930/31.

Alter	Gesamtgeburtenzahl	Wehenschwächen			%
		I. para	Mehrpara	Gesamt	
15—19	421	11	—	11	2,5
20—24	1704	54	8	62	3,5
25—29	1329	48	11	59	4,5
30—34	735	28	19	47	6,5
35—39	293	6	6	12	4
40—45	83	3	6	9	10
	4565	151	50	201	= 4,3

Nach einer Zusammenstellung von *Schwalm* aus der Frauenklinik der Charité Berlin wurden dort von 2000 Geburten des Jahres 1914 22, von 2000 Geburten des Jahres 1930 aber 34 sog. „maligne Wehenschwächen" gezählt. Dies entspräche einer Zunahme in der Nachkriegszeit von 50%. *Scheffzeck* glaubt, daß die Zunahme eine größere ist. „Dieselbe hat von 4% vor dem Kriege

auf 30% jetzt (1925) zugenommen." — Abgesehen von den Altersgruppen 30—34 und 40—45 ist in allen anderen Gruppen eine wirkliche Zunahme der Wehenschwäche in der Nachkriegszeit festzustellen. Ein auffällig hoher Prozentsatz fällt in die Altersgruppen 20—24 und 25—29. Diese haben ihre Entwicklungs- und Pubertätszeit in den Kriegs- und ersten Nachkriegsjahren durchgemacht. Daß der Krieg infolge seiner nicht nur unzureichenden, sondern vor allem auch in ihrer Zusammensetzung ungenügenden Nahrung einen großen Anteil an der Unterentwicklung des weiblichen Organismus gehabt hat, ist bekannt. *Scheffzeck* führt bereits 1925 aus, daß in den letzten 2 Jahren sich eine starke Zunahme der Dysmenorrhoen, Amenorrhoen und Sterilität infolge Hypoplasie der Genitalien vorfindet. Während der Schwangerschaft und Geburt findet er eine Zunahme der Hyperemesis, Pyelitis und vor allem der Wehenschwächen. „Sie gehört zu dem Typus der sog. primären oder angeborenen Wehenschwäche. Es ist aber zu betonen, daß der Körper sonst nicht die charakteristischen Merkmale einer Minderwertigkeit darbietet. Es findet sich gelegentlich eine Fettentwicklung stärker als dem Alter entsprechen würde. Das Besondere der Wehenschwäche besteht darin, daß sie sich von Anfang bis Ende hinzieht, ohne daß auch nur ein einziges von den sonst gut wirkenden Wehenmitteln eine nachhaltige Besserung erzielt. Sie kann den Geburtshelfer zur Verzweiflung bringen, und es ist als ob die Uterusmuskulatur oder ihre Innervation von vornherein nicht die Fähigkeit besäße, durch die üblichen Reize angesprochen zu werden.

Eine Erklärung dieser verschiedenartigen Erscheinungen scheint am leichtesten unter Zugrundelegung der Untersuchungen *Abderhaldens*. Der Einfluß der Art der Ernährung auf die wachsenden Genitalien ist danach um so höher zu veranschlagen, als dadurch auch die Drüsen mit innerer Sekretion, die in inniger Beziehung zur Gesamtkonstitution stehen, betroffen werden. Da die innersekretorischen Organe andererseits auch mit dem vegetativen Nervensystem in Verbindung stehen, ergibt sich daraus die Vielseitigkeit der Auswirkungen auf den Organismus. Am meisten werden diese in Erscheinung treten, wenn die Abhängigkeit der Körperbildung von der Funktion der Blut- und Geschlechtsdrüsen am größten ist, zu der Zeit, indem die die Genitalfunktionen beeinflussenden Hormone am reichsten fließen sollen, um die Oxydationsprozesse zu unterhalten, in der Pubertät die Ernährung, vor allen Dingen die Vitamine in der Nahrung gefehlt hätten. Diese sollen den Organismus dazu befähigen, die Oxydationsvorgänge zu leisten."

Auf Grund von weiteren Feststellungen von *Stefkos* u. a. kommt *Scheffzeck* zu der gemeinsamen Erklärung aller Störungen, die das weibliche Genitalsystem in der letzten Zeit zeigt. Er sieht die Ursache darin, daß in der Zeit, wo sich die Individuen entwickelten, wichtige der Organbildung unentbehrliche Nährstoffe in der Nahrung fehlten, wenn sie nicht gar hungerten. Während des Krieges legte man bei der Beurteilung der Nahrung den Schwerpunkt auf ihren Gehalt an Eiweißstoffen, Fetten und Kohlehydraten. Der Versuch, wachsende Individuen mit den reinen Nährstoffen zu ernähren, brachte aber sehr bald das Wachstum zum Stillstand. „Ich nehme an, daß die befohlene Kriegsernährung durch Vitaminmangel die Zustände verschuldet haben, die sich jetzt, nachdem das Kind zur Jungfrau und Mutter heranreift, in den verschiedensten Störungen der endokrinen Drüsen und von diesen auf das vegetative Nervensystem und die Genitalien übergreifend, auswirken."

Diese Ansichten treffen sich mit der von *Guggisberg*, welcher als wichtigsten ätiologischen Faktor der Wehenschwäche die Schwäche der Uterusmuskulatur selbst bezeichnet.

Hirsch führt im Halban-Seitz, Bd. 1 Näheres über die Schädigungen durch mangelhafte Ernährung und durch die Erwerbsarbeit der Frau, die im Kriege allgemein geworden war, sowie durch die psychischen Erschütterungen aus. Es entstehen Entwicklungshemmungen lokaler und allgemeiner Natur, asthenische, chlerotische und infantile Konstitutionen mit hypoplastischem Genitale, Insuffizienz der Weichteile, Schlaffheit der Bandapparate, Enge und Unelastizität des Scheidenrohres, Straffheit der Scheidengewölbe, Rigidität des Dammes, Schwäche der Uterusmuskulatur. *Kaufmann* beobachtete eine Reihe hochgradiger Wehenschwächen, bei denen ihm eine bestimmte Beckenanomalie mehrere Male übereinstimmend auffiel. Er bezeichnet es als das sog. infantile Becken. Bei diesen handelt es sich nach seinen Beobachtungen um Becken mit kleinem Beckenöffnungswinkel, großem Beckenausgangswinkel und großer Conjugata vera. Auch er führt die Zunahme der hochgradigen Wehenschwächen auf Entwicklungsstörungen zurück.

Das gleiche führt auch *Bickel* in seiner Arbeit über „Wehenschwäche und Wehenmittel" aus. Nachdem er von der Wirkung der Wehenmittel gesprochen hat, fährt er folgendermaßen fort: „Trotzdem kennt jeder Geburtshelfer auch heute noch eine Anzahl von Fällen, in denen die Wehenschwäche sich kaum oder nur sehr wenig durch die gebräuchlichen Wehenmittel beeinflussen läßt, bei denen trotz unserer ärztlichen Bemühungen die Geburt

einen äußerst protrahierten Verlauf nimmt, und die mit einer erschreckend hohen kindlichen Mortalität belastet sind. Leider hat es den Anschein, daß gerade diese Fälle im Zunehmen begriffen sind. An dem Material unserer Klinik konnte *Schwalm* in letzter Zeit ein Ansteigen der Häufigkeitsgrade dieser „malignen Wehenschwäche" nachweisen. Worauf diese Wehenschwäche zurückzuführen ist, entzieht sich einstweilen unserer Kenntnis. Vielleicht kommt dem Kriege und der Nachkriegszeit mit den von ihnen geschaffenen, besonders ungünstigen hygienischen Verhältnissen eine gewisse ursächliche Bedeutung zu."

Nach Anführung der Theorien zur ursächlichen Erklärung der primären Wehenschwäche von *Guggisberg* kommt er zu dem Ergebnis: „Beachtet man die oben angedeuteten ätiologischen Faktoren der primären Wehenschwäche, so muß man die Möglichkeit einer schädlichen Auswirkung des Krieges und der Nachkriegszeit auf die Geburtskräfte der Frau anerkennen. Der Krieg fällt bei vielen der heute zur Entbindung kommenden Frauen in die frühe Kindheit, in die Jahre der entscheidenden körperlichen und seelischen Entwicklung. Qualitative und quantitative Unterernährung sowie hygienische Verwahrlosung haben das Heer der Infantilen und hormonal Insuffizienten vermehrt. Die Nachkriegszeit mit ihrer zügellosen Vergnügungssucht und ethischen Haltlosigkeit führte zu einer jähen Zunahme der entzündlichen Genitalerkrankungen, besonders der Gonorrhoe. Ein guter Teil der Frauen, die gegenwärtig eine primäre Wehenschwäche aufweisen, hat vielleicht in diesen Jahren die Grundlage zu dieser Geburtsstörung in Form von metritischen Veränderungen erhalten. Daß Krieg und vor allem Nachkriegszeit durch eine einseitige Aufklärung und Umwertung althergebrachter Begriffe zu tiefgreifenden seelischen Konflikten geben und psychisch gehemmte sowie neurotische Charaktere züchteten, ist bekannt. Wenn wir also gegenwärtig eine Zunahme gerade der schweren Form der Wehenschwächen beobachten müssen, so steht zu hoffen, daß wir es mit einer bald wieder verschwindenden Erscheinung zu tun haben."

Zusammenfassend besteht also die Tatsache einer erheblichen Zunahme der Wehenschwächen in der Nachkriegszeit, besonders für die Jahrgänge, deren Entwicklungs- und Pubertätszeit in die Kriegs- und Nachkriegzeit fällt. Übereinstimmend wird in der Literatur festgestellt, daß als Ursache hierfür die mangelhafte Entwicklung des weiblichen Organismus infolge Unterernährung, falscher Ernährung und infolge Erwerbsarbeit anzusehen ist.

II. a) Vor- und frühzeitiger Blasensprung.

Für die eintretende Geburt ergeben sich für diese Individuen Folgezustände, die sich auf den Geburtenablauf hemmend auswirken. Daraus entstehen die für Mutter und Kind bedrohlichen Folgen einer protrahierten Geburt, wie sie die nebenstehenden Tabellen zeigen.

Aus den Tabellen geht hervor, wie wenig Geburten ohne Schaden für Mutter und Kind verlaufen. In den Jahren 1930/31 waren es 20%, in den Jahren 1913/14 waren es nur 10% der Wehenschwächen, die ohne weitere Komplikationen verliefen. An erster Stelle in der Häufigkeit stehen die durch vor- oder frühzeitigen Blasensprung komplizierten Geburten.

Winter (Prag) errechnete in den Jahren 1915—1929 für die Prager Universitätsfrauenklinik 8% der Gesamtgeburtenzahl, die durch vorzeitigen Blasensprung kompliziert waren. In den Jahren 1930—1932 waren es 15—18%. Hieran war in der Beteiligung der verschiedenen gesellschaftlichen Klassen kein Unterschied in der Häufigkeit feststellbar. Die Hälfte der vorzeitigen Blasensprünge hatten nach *Winter* Wehenschwäche zur Folge.

Bei meiner Zusammenfassung des vor- und frühzeitigen Blasensprunges ergibt sich zwischen der Vor- und Nachkriegszeit ein nur unwesentlicher Unterschied.

II. b) Fieber unter der Geburt und im Wochenbett.

Die Ascension der Keime nach gesprungener Blase mit Fieber unter der Geburt oder im Wochenbett ist die nächste Gefahr, die den Frauen mit langdauernder Geburt droht. Dabei steigt die Morbidität mit der Dauer der Zeit, die zwischen Blasensprung und Geburt liegt. Wie bei allen Komplikationen sind auch hierbei vor allen Dingen die Erstgebärenden beteiligt.

In der Nachkriegszeit ist eine starke Zunahme der Fieberfälle zu verzeichnen. Es ist anzunehmen, daß bei der allgemeinen Unterentwicklung sowie bei der oft enorm langen Geburtsdauer, die bei Erstgebärenden nicht selten 100 Stunden übersteigt, eine Resistenzverminderung gegenüber pathogenen Keimen eingetreten ist.

II. c) Mütterliche Mortalität.

Es wäre als Folge des oben Ausgeführten zu erwarten, daß eine dementsprechend hohe mütterliche Mortalität vorhanden sein müßte. Dies ist aber nicht der Fall. Bei dem angeführten Material

1912/13.

Alter	Vorzeitiger Blasensprung I. p.	Mehrp.	Frühzeitiger Blasensprung I. p.	Mehrp.	Gesamtzahl	Fieber sub partu I. p.	Mehrp.	Fieber im Wochenbett I. p.	Mehrp.	Gesamtzahl der Fieberfälle	Komplikationslos
15—19	1	—	3	—	4	1	—	2	—	3	3
20—24	11	—	16	—	27	8	1	10	1	20	1
25—29	4	3	8	2	17	4	3	3	3	13	5
30—34	7	6	5	3	21	7	5	7	4	23	—
35—39	1	1	6	—	8	3	2	1	—	6	2
40—45	1	3	3	2	9	—	3	—	—	3	1
	25	13	41	7	**86**	23	14	23	8	**68**	**12 = 10%** aller Wehenschwächen.
	das sind 73% aller Wehenschwächen.					das sind 57% aller Wehenschwächen.					

1930/31.

15—19	3	—	2	—	5	2	—	2	—	4	6
20—24	12	12	16	5	45	12	1	15	2	30	13
25—29	8	2	15	13	38	13	4	19	4	40	12
30—34	12	8	4	2	26	5	11	10	7	33	8
35—39	4	4	2	2	12	1	3	2	2	8	2
40—45	1	3	1	4	9	1	2	2	2	7	—
	40	29	40	26	**135**	34	21	50	17	**122**	**41 = 20%** aller Wehenschwächen.
	das sind 68% aller Wehenschwächen.					das sind 61% aller Wehenschwächen.					

sind nur drei mütterliche Todesfälle, das sind noch nicht ganz 1% aller Wehenschwächen, zu verzeichnen. Dabei ist noch zu berücksichtigen, daß ein mit Sicherheit an den Folgen der Wehenschwächen eingetretener Todesfall nicht vorliegt. Während eine Frau nach manueller Lösung einer Placenta accreta infolge Atonie ad exitum kam, lag bei der zweiten Frau eine schwere Endokarditis vor, an der sie 4 Stunden post partum trotz Perforation des Kindes, allerdings nach 86 Stunden Geburtsdauer infolge zunehmender Kreislaufschwäche starb. Die dritte Frau kam am 10. Wochenbettstage infolge einer Embolie nach Thrombose ad exitum. Somit wäre nur der zweite Todesfall und der nur unter Vorbehalt als Tod infolge Wehenschwäche anzusprechen.

Bickel errechnet in seiner Aufstellung bei den hochgradigen Wehenschwächen, die sich über den ganzen Geburtsverlauf erstrecken, eine mütterliche Mortalität von 5,5%.

Trotz der rein pathologischen Fälle bei hoher Morbidität und, wie später noch festzustellen sein wird, hoher Operationsfrequenz besteht bei mir nur eine geringe mütterliche Mortalität.

II. d) Kindliche Mortalität.

Besonders in Erscheinung treten aber die Folgen der Wehenschwäche in Gestalt der kindlichen Mortalität.

Kindliche Mortalität.

Alter	1912/13	1930/31
15—19	—	1
20—24	1	3
25—29	2	4
30—34	1	7
35—39	3	4
40—45	2	4
	9 = 7,6%	23 = 11,5%

aller Wehenschwächen.

Wie die Berechnung zeigt, starben in den Jahren 1930/31 11,5% der nach Wehenschwächen geborenen Kinder, in den Jahren 1912/13 7,6%. Die Verteilung der kindlichen Totgeburten auf die einzelnen Altersgruppen zeigt die bekannte Tatsache, daß die Jahrgänge über 30 Jahre weniger Aussichten haben, ein lebendes Kind

zu gebären, als die Jahrgänge unter 30. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Frage nach dem Durchschnittsgeburtsgewicht. Dieses beträgt bei mir 3625 Gramm, also über den Durchschnitt von rund 3300 Gramm, den man als Norm ansieht. Dies kommt auch darin zum Ausdruck, daß bei meinem Material ein Überwiegen der männlichen gegenüber den weiblichen Geburten um ungefähr 30% vorliegt.

In einer Arbeit der Universitäts-Frauenklinik Köln: „Zur Klinik des vorzeitigen Blasensprunges" zeigt *Klee,* daß von 96 Geburten, bei denen der Blasensprung länger als 30 Stunden vor der Geburt erfolgt war, 9 lebensfähige Kinder tot geboren wurden, das sind 9,5%.

Winter (Prag) errechnet bei vorzeitigem Blasensprung 9% tote Kinder; bei den Wehenschwächen nach vorzeitigem Blasensprung 12,7% ohne Berücksichtigung der Frühgeburten.

Bickel gibt für die Berliner Charité eine durchschnittliche kindliche Mortalität infolge Wehenschwäche von 10,2% an, wobei er aber seine Berechnungen einschließlich lebensfähiger Frühgeburten aufstellte.

Wie oben ausgeführt, tritt der Blasensprung in fast ¾ aller Wehenschwächen vor- oder frühzeitig ein. Diese Zahlen erläutern die schweren Auswirkungen der Wehenschwäche auf das kindliche Leben. Bei den in meiner Tabelle angeführten Zahlen ist sowohl in der Vor- als auch in der Nachkriegszeit die Hälfte der Kinder sicher an den Folgen der Wehenschwäche zugrunde gegangen, bei einem weiteren Drittel mußte diese Frage offengelassen werden, während nur in 6 Fällen ein Tod infolge Wehenschwäche verneint werden konnte.

Es besteht somit eine hohe kindliche Mortalität infolge Wehenschwäche, die in der Nachkriegszeit eine starke Zunahme zeigt. Eine schwere Komplikation für das kindliche Leben bedeutet immer der vorzeitige Blasensprung. Frauen, die im Alter von 30 Jahren und darüber zur Geburt kamen, hatten mehr tote Kinder als die übrigen Jahrgänge.

II. e) Operationsfrequenz und Operationsarten.

Mit dem Kapitel „Kindliche Mortalität" hängt eng zusammen die Übersicht über die Operationsfrequenz und -art.

Alter	1912/13 Operationen. I. par.	Mehrpar.	Gesamtzahl	1930/31 I. par.	Mehrpar.	Gesamtzahl
15—19	1	—	1	1	—	1
20—24	8	—	8	6	—	6
25—29	9	1	10	22	—	22
30—34	12	3	15	18	4	22
35—39	7	1	8	3	1	4
40—45	2	3	5	2	2	4
	39	8	47	52	7	59
	40% aller Wehenschwächen wurden durch Operation beendet.			30% aller Wehenschwächen wurden durch Operation beendet.		

In den Jahren 1912/13 wurden

41 Zangen
3 Perforationen
2 Wendungen
1 Sectio caesaria

ausgeführt.

In den Jahren 1930/31 wurden

44 Zangen
13 Perforationen
2 Sectio caesaria

ausgeführt.

Bei meinem Vergleich fällt auf, daß in den Jahren 1930/31 eine Abnahme der Zahl der Operationen eingetreten ist. Es ist anzunehmen, daß die in dieser Zeit herrschende Ansicht der konservativen Geburtsleitung eine schärfere Indikationsstellung veranlaßt hat und diese zu einem Rückgang der Operationen führte. Den Hauptanteil in der Vor- und Nachkriegszeit bilden die Zangengeburten. In den Jahren 1930/31 findet sich ein hoher Prozentsatz Perforationen, die fast alle ausgeführt wurden, um die Geburtsbeendigung im mütterlichen Interesse zu erreichen, ein Zeichen der Zunahme der durch nichts zu beeinflussenden Wehenschwäche, die schließlich nach fieberhaftem Verlauf mit der Perforation endete. Während in den Jahren 1930/31 bei meinem Material zwei Schnittentbindungen den Geburtsstillstand und verzögerte Eröffnung zu verzeichnen sind, war dies in den Jahren 1912/13 nur einmal der Fall. Jedesmal jedoch mit Erfolg für Mutter und Kind.

Labhardt meint, daß die Kinder, die sub oder post partum gestorben sind, durch Schnittentbindung gerettet werden können. Er

nimmt eine mütterliche Mortalität der Schnittentbindungen von 2,1% an. Nach seiner Berechnung würden dann einer toten Mutter 44 gerettete Kinder gegenüberstehen. Er fährt dann aber fort: „Diese Berechnung ist bis zu einem gewissen Grade nur theoretisch und die Verhältnisse werden natürlich nie so einfach liegen; aber sie weist uns meines Erachtens doch den Weg. Gerade bei alten Erstgebärenden, bei denen die Aussicht auf eine normale Geburt eines lebenden Kindes wegen der schlechten Wehentätigkeit, wegen der rigiden Weichteile, wegen des vorzeitigen Wasserabflusses, wegen der Größe des Kindes schlechte sind, da sollte in bakteriologisch einwandfreien Fällen mit der Schnittentbindung nicht allzulange gezögert werden."

Bickel, der bei einer Zusammenstellung der Jahre 1930—1932 zu der annähernd gleichen Operationsfrequenz von 26% kommt, glaubt, daß eine Resultatverbesserung bei der Therapie der Wehenschwäche vielleicht durch eine Erweiterung der Indikationsstellung für die Sectio caesaria zu erreichen wäre. Er sagt: „Es handelt sich um eine primäre Kontraktionsinsuffizienz und eine Dystokie schwersten Grades, deren einziges bekanntes Symptom die Unansprechbarkeit auf Wehenmittel ist, deren Hauptgefahren Infektion der Mutter und plötzlicher intrauteriner Tod der Frucht sind. Es ist keine mangelhafte Sensibilisierung und keine reine Erschöpfung der Uterusmuskulatur. Eine Verbesserung der Resultate läßt sich nur durch Indikationserweiterung der Sectio caesaria erhoffen."

Aschner (Wien) fordert ebenfalls, um bessere Resultate für Mutter und Kind zu erzielen, ein aktiveres operatives Vorgehen. Ihnen stehen viele Autoren gegenüber, die diesen Grundsatz strikt ablehnen.

Hieraus ist zu ersehen, daß gegenüber der Vorkriegszeit eine Abnahme der Operationsfrequenz festzustellen ist. Da aber die Fälle von sog. „maligner Wehenschwäche", die durch nichts zu beeinflussen sind und mit einer großen mütterlichen und kindlichen Mortalität einhergehen, ständig in der Zunahme begriffen sind, wie dies auch bei mir aus der großen Zahl der Perforationen hervorgeht, wird mehr und mehr in der Literatur ein aktiveres operatives Vorgehen, insbesondere die Sectio caesaria, gefordert. Man hofft hierdurch für Mutter und Kind günstigere Resultate zu erzielen.

C. Zusammenfassung.

Ich habe an Hand meiner Aufzeichnungen und an Hand verschiedener Literaturangaben gezeigt, daß die Wehenschwächen in der Nachkriegszeit zugenommen haben und in ihrem Verlauf bös-

artiger geworden sind. Mütterliche Morbidität, kindliche Mortalität und Art der Operationen zeigen, daß wir es hier mit einem Problem zu tun haben, das noch seiner Lösung harrt. Solange es aber nicht möglich ist, eine ursächliche, faßbare Erklärung für die Entstehung der Zunahme und des schwereren Verlaufes der Wehenschwächen in der Nachkriegszeit zu finden, wird es schwierig sein, den therapeutischen Anforderungen gerecht zu werden.

So bleibt vorläufig als einzige Hoffnung, daß nach Überwindung der Kriegs- und ersten Nachkriegszeit, wozu auch noch die Notjahre 1929—1932 kommen werden, sich von selbst eine höhere organische und seelische Entwicklung des weiblichen Organismus zeigen wird, welcher dann diese schweren Geburtskomplikationen nicht mehr aufweisen wird.

Zum Schluß möchte ich Herrn Prof. Dr. *Günter K. F. Schultze* für das gestellte Thema meinen verbindlichsten Dank aussprechen.

Literaturverzeichnis.

Aschner: Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 89.

Bickel: Archiv für Gynäkologie. Bd. 153.

Guggisberg: Halban-Seitz. Bd. VI, 2.

Hirsch: Halban-Seitz. Bd. I.

Kaufmann: Vortrag: Berliner Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe am 28. Okt. 1932.

Klee: Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 91.

Labhardt: Zentralbl. für Gynäkologie. Bd. III, 1933.

Scheffzeck: Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 69, 1925.

Schwalm: Zitiert nach Kaufmann und Bickel.

Winter: Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 99.

Lebenslauf.

Ich, Wilhelm Wenzel, wurde am 28. März 1908 in Dortmund geboren. Nach Absolvierung des Realgymnasiums „Zur Himmelspforte“ in Erfurt bestand ich an der gleichen Schule im Jahre 1928 die Reifeprüfung. Anschließend studierte ich Medizin, und zwar in Heidelberg, wo ich die ärztliche Vorprüfung bestand, Rostock, Wien, Graz und Jena. In Jena legte ich im Jahre 1934 die medizinische Staatsprüfung ab. Von meinem Medizinalpraktikantenjahr arbeitete ich 8 Monate in der Universitäts-Frauenklinik Berlin und 4 Monate an der Ersten Medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg Hamburg. Nach einmonatiger Tätigkeit als Landarztassistent übernahm ich die Volontärassistentenstelle am Staatskrankenhaus Cuxhaven und am 1. Oktober 1935 die Assistentenstelle des Krankenhauses Hann.-Münden, wo ich bis jetzt tätig war.